

症候性三叉神経痛の4症例

著者	笹野 高嗣, 仲島 一郎, 三條 大助
雑誌名	東北大学歯学雑誌
巻	15
号	2
ページ	145-150
発行年	1996-12
URL	http://hdl.handle.net/10097/31561

原 著

症候性三叉神経痛の4症例

笹野 高嗣・仲島 一郎・三條 大助

東北大学歯学部口腔診断・放射線学講座

(主任: 三條大助教授)

(平成8年9月26日受付, 平成8年11月11日受理)

Four cases of false trigeminal neuralgia

Takashi Sasano, Ichiro Nakajima and Daisuke Sanjo

Department of Oral Diagnosis and Radiology, Tohoku University School of Dentistry

(Chief: Prof. Daisuke Sanjo)

Abstract: Trigeminal neuralgia causes episodes of fulgurant pain in a restricted region. We report here four cases of false trigeminal neuralgia in which the pain disappeared after dental treatment. Severe pain was caused by the following lesions: poor healing of a socket after tooth extraction, periodontal disease, a nasopalatine canal duct, and a periapical lesion. Diagnostically, local anesthetic tests were useful in detecting the source of pain. Two of the four patients had received tegretol previously and had undergone nerve block several times at other clinics. The diagnosis of trigeminal neuralgia is particularly important for dentists because the source of the pain often exists in the oral region.

Key words: trigeminal neuralgia, facial pain, odontogenic diseases, local anesthetic tests, oral diagnosis

緒 言

日常の歯科臨床において痛みを主訴として来院する患者は50~60%にも及んでいる^{1,2)}。痛みは、疾患に伴う診断上の重要な症状であり、痛みの診断は、疾患を鑑別し、処置する際のひとつの指針を与える。三叉神経痛は、三叉神経支配領域に局限する発作性電撃様の痛みを主症状とし、原因となる疾患が歯科領域に存在することも少なくないことから、歯科における精査と原因の追究は臨床上極めて重要である。今回我々は、三叉神経痛と診断された患者について口腔内を精査し、原因と思われる歯科疾患に対し治療を行ったところ、患者の訴えていた痛みを消退させ得た症例を経験したので診断学的見地から報告する。

症 例

症例1

患者: 77歳, 女性。

主訴: 右側鼻翼下部の発作性電撃様疼痛。

現病歴: 約2年前, 洗顔時に右側鼻翼付近にピリピリする軽い電撃様疼痛を感じた。以後, 次第に症状が強くなり, 熱いお湯を顔面に近づけただけでも発作性疼痛が発現し, 食事が苦痛になったため, 1年前に脳神経内科を受診した。テグレトールを処方され服用したが症状は改善しなかった。1カ月前に, 麻酔科を紹介され, 疼痛部位の皮膚面から神経ブロックを数回試みたが効果がなかった。その後, 患者が麻酔科医に, 右側上顎前歯の抜歯時に, 歯根を取り残した可能性があることを告げたため, 歯学部口腔診断科に紹介された。

現症: 右側鼻翼下部に軽く触れた程度でこの部に発作性の電撃様疼痛が誘発された。口腔内を診査したと

ころ、無歯顎で、2|相当部の歯肉はやや発赤し、歯槽堤が膨隆していた(図1)。X線所見では、2|相当部に残根はみられないが、抜歯窩の歯槽骨に骨梁の粗造な部分が確認された(図2)。

処置および経過：口腔内で痛みの原因となる疾患は他に認められなかったため、2|の抜歯窩に浸潤麻酔を施し、麻酔試験を試みた。その結果、右側鼻翼下部の接触による発作性疼痛は消失した。したがって、2|相当部の歯肉を剥離し抜歯窩を調べたところ、骨面は粗造で、一部に空洞がみられたため、この部を搔爬し、瘢痕様組織を摘出した。病理組織所見では粗な線維性結合組織からなる瘢痕で、炎症はみられなかったが神経



図1 症例1の口腔内所見

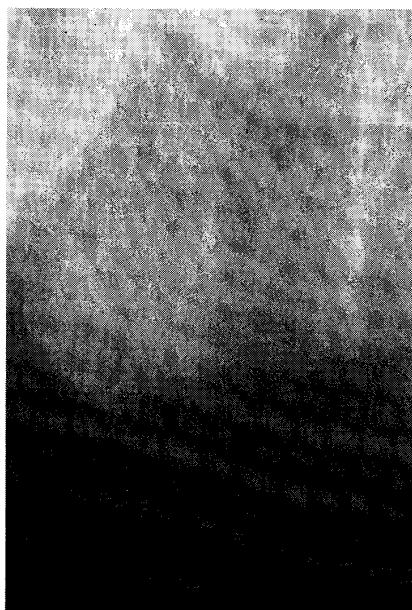


図2 症例1のエックス線所見

線維の変性像が認められた。術後の経過は良好で、1週間後から少しずつ痛みが軽減し、2週間で完全に痛みは消失した。以後再発はみられない。

症例2

患者：38歳，男性。

主訴：右側下顎臼歯部舌側歯肉の発作性電撃様疼痛。

現病歴：3年前に右側下顎臼歯部の歯科治療を行った頃から、同部の舌側歯肉にピリピリと電気が走ったような痛みが発現し、同側の側頭部に痛みが放散した。この症状は会話や食事などで舌を動かしたときに誘発され、安静時には痛みはなかった。2カ月前から症状が増悪したため神経内科を受診し、テグレトールを処方され服用したが症状は改善せず、当科を紹介された。

現症：口腔内を診査したところ、8|はメタルクラウン、7 6 5|はブリッジで修復されており(図3,4)、8|の遠心舌側の歯周ポケットが8mmと深く、ポケット



図3 症例2の口腔内所見

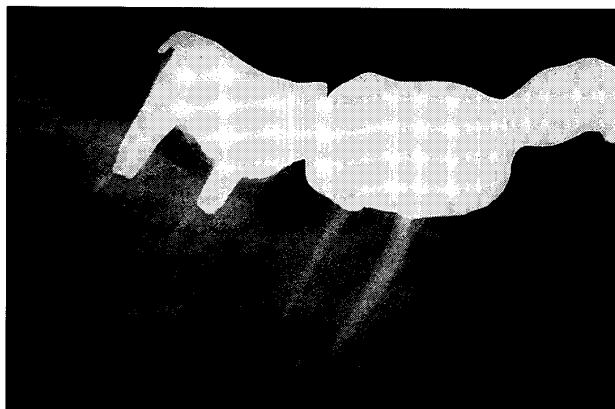


図4 症例2のエックス線所見

測定時に発作性疼痛が誘発された。疼痛は、1～2 秒のバルス状で、約 10 秒間続き、再現性よく誘発された。この疼痛は、同部の浸潤麻酔によって消失した。

処置および経過：麻酔試験の結果、8の辺縁性歯周炎が痛みの原因疾患である可能性が考えられたため、この歯を抜歯した。翌日の会話および食事で発作性疼痛が再び誘発されたが、その痛みは以前の性状とは異なり、強く一過性であった。以後、痛みの発現頻度および強さは次第に減少し、術後約 3 カ月で症状は完全に消失した。

症例 3

患者：60 歳，男性。

主訴：右側横口蓋ヒダの発作性電撃様疼痛。

現病歴：約 1 カ月前から右側横口蓋ヒダに電撃様の発作性疼痛が発現し、舌の接触により疼痛が誘発され、安静時にも軽度の痛みがあるため歯科を受診した。歯科医院での X 線検査により、口蓋部に嚢胞様の透過像がみられたため痛みとの関連性を精査する目的で、当科を紹介され来院した。

現症：右側横口蓋ヒダの接触により発作性疼痛が誘発され（図 5）、同部位の浸潤麻酔により痛みの誘発は消失した。X 線所見で、口蓋正中部に小指頭大の透過像を認めた（図 6）。

処置および経過：麻酔試験の結果、痛みの原因疾患として口蓋の嚢胞が考えられたため、正中口蓋嚢胞の臨床診断のもとに嚢胞摘出を行った。病理診断は鼻口蓋管嚢胞であった。術中、1 年前に抜歯した 2 1 抜歯窩に腐骨がみられ搔爬すると嚢胞と一部交通していた。術後の経過は良好で、1 週間後から三叉神経痛様疼痛の症状は消失し、以後再発はみられない。



図 5 症例 3 の口腔内所見



図 6 症例 3 のエックス線所見

症例 4

患者：45 歳，女性。

主訴：右側下唇および頤部の発作性電撃様疼痛。

現病歴：1 年前から右側下唇および頤部に発作性電撃様疼痛が生じ、痛みは会話および食事等で下唇を動かすと誘発され、食事も苦痛に感じるようになった。歯科疾患との関連について精査を希望し、当科に来院した。

現症：口腔内を調べたところ、8はメタルインレー、7 6はメタルクラウンで修復されており、5 4 3 2 1は健全歯であった（図 7）。打診痛は 8にのみみられ、

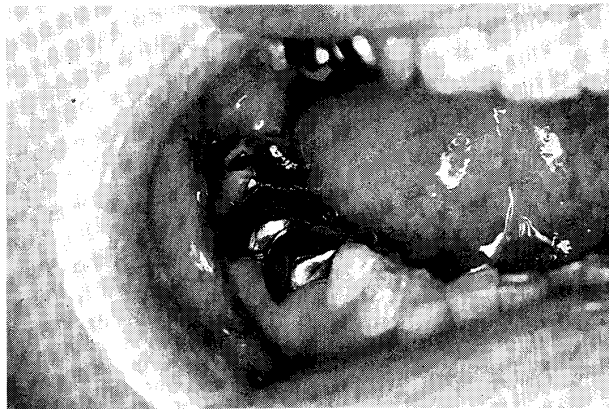


図 7 症例 4 の口腔内所見

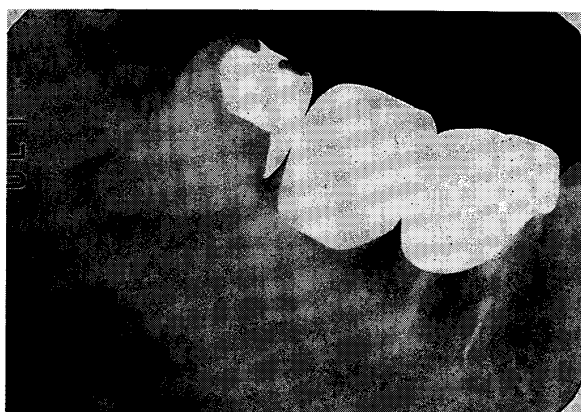


図8 症例4のエックス線所見

その他の歯にはみられなかった。咬合診査では「8」が他の歯に比べて強く咬合していた。X線所見では、「8」の根尖部を取り囲む明瞭な透過像が認められ、歯根膜腔と連続していた。この透過像は下顎管上縁に近接していた（図8）。

処置および経過：痛みの原因疾患として、「8」の根尖性歯周炎を疑い、この部に浸潤麻酔を施したところ、下唇および頤部の発作性疼痛が消失したのでこの歯を抜歯した。その結果、約1週間後に患者の訴えていた痛みは消失した。

治療による痛みの変化を視覚的に調べるためにこの症例では、visual analogue scale (VAS)³⁾を用いた。VASは、左端に全く痛みはない、右端にこれ以上の強い痛みはないと記した長さ10 cmの一本のスケールである。痛みの測定は、患者自身に痛みの程度を示す位置をスケール上に記入させ、左端からの長さをmm単位で計り、これを痛みのスコアすなわちVAS値としている。実際の測定にあたっては、患者自身がこれまで体験した最も強い痛みを予めスケール上に記入させ、この痛みと常に比較しながら現在の痛みを同一スケール上に記入させることにより、客観性を高める

よう試みている。

この患者の痛みをVASで評価した結果、患者がこれまでに体験した最も強い痛みは出産の痛みで、このときのVAS値は86であり、患者が初診時に訴えていた三叉神経痛様疼痛のVAS値は69であった。原因と思われる歯の抜歯後の痛みのVAS値は経日的に36, 50, 27, 13と減少し、抜歯1週間後の痛みのVAS値は、3であった（図9）。

考 察

三叉神経痛は、三叉神経支配領域における発作性電撃様疼痛に対する名称で、そのうち原因の明らかなものを①症候性（仮性）三叉神経痛、原因が明らかでないものを②特発性（真性）三叉神経痛と称している。三叉神経痛の患者は、その痛みが顎顔面・口腔領域に生じることから、歯科医を訪れる頻度が極めて高く、龍ら⁴⁾は、70症例の調査でその64.3%がまず歯科医を受診し、その他、内科、耳鼻科、神経外科、麻酔科などは歯科に比べて非常に少ないと報告している。この疾患が歯科医にとって重要である理由は2つ考えられる。一つは、患者の痛みの原因が歯科疾患にある症候性三叉神経痛の場合で、歯科医師が原因を見逃すようなことがあれば、患者は他科を訪れ、そこで神経ブロックや外科的除痛法などの対症療法を受け、真の原因である歯科疾患についての原因療法が施されないことである。このような場合、患者の痛みは再発を繰り返し、永く患者を苦しめかねない。他の一つは、患者の痛みが特発性三叉神経痛の場合で、この場合、痛みの原因が歯科疾患とは全く関係がないにもかかわらず、患者の訴える痛みが、歯および歯周組織に生じることから不必要な抜歯が歯科医によってなされるケースも少なくないことが報告されている^{4,5)}。患者によっては、痛みの原因が自分の歯にあると思いこみ、抜歯を頼み込んでくる場合もある⁶⁾。

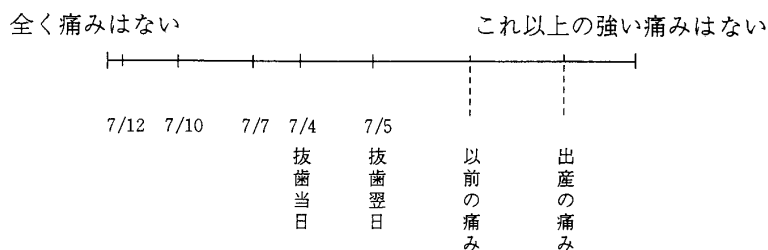


図9 visual analogue scale (VAS)

三叉神経痛の診断は、痛みの性状からなされるが、症候性三叉神経痛と特発性三叉神経痛の鑑別診断は必ずしも容易ではない。成書によっては、特発性三叉神経痛の痛みが発作性で、休止期があるのに対し、症候性三叉神経痛の痛みは三叉神経支配領域に局限するものの、発作性の痛みではなく、持続性の痛みが多いとされている^{7,8)}。しかしながら、特発性三叉神経痛の症状を具えた症例でも歯科領域の疾患によって痛みが引き起こされている場合もあり、症状のみで明確に診断が下せるものではないと思われる。事実、今回我々が経験した症候性三叉神経痛の痛みは、症例3を除いては発作性で、持続性ではなく痛みの休止期がみられた。植松⁶⁾は、最初、特発性三叉神経痛と診断された86症例を再検討した結果、32症例に痛みの原因となる疾患が口腔に見いだされ、その結果、三叉神経痛のなかで症候性の占める割合は、はじめの20.0%から37.6%に増加したと報告している。一般に、三叉神経痛は、症候性に比べて特発性が多いとされているが⁹⁾、注意深い診査によってその割合が変化する可能性も考えられる。いずれにしても、歯科領域の原因を発見し治療できるのは歯科医しかいないのでその責任は重い。

原因となる歯科疾患として、炎症、腫瘍、嚢胞、顎関節症などあらゆる疾患が報告されている^{6,10)}。今回の報告例では、症例1: 抜歯窩治癒不全、症例2: 辺縁性歯周炎、症例3: 鼻口蓋管嚢胞、症例4: 根尖性歯周炎であった。

症例1の抜歯窩治癒不全に起因する三叉神経痛様疼痛は、古くから報告されており、原因疾患の第一に考えられたこともあった¹¹⁾。この症例は、特発性三叉神経痛と診断され、麻酔科で痛みに対する対症的な治療を施されていたが、たまたま患者が抜歯時に歯根を取り残したことを麻酔科医に告げたために歯科紹介となったもので、その機会がなければ、患者はいつまでも痛みから開放されなかったかもしれない。

症例2についても、最初の特発性三叉神経痛の診断のもとにテグレトールを服用していた。この症例では痛みの部位が歯肉に局限していたために神経内科医が歯科との関連を疑ったもので、痛みの部位が口腔とかけ離れている場合の診断は容易ではないであろう。

症例3は、横口蓋ヒダの電撃様疼痛で、痛みが口腔に局限していたこと、痛みは持続性で安静時にも僅かにみられたことから比較的原因疾患の診断は容易であった。この症例のように、原因疾患と痛みの部位が近接している場合には、痛みは電撃様であっても放散

痛と解釈することもできる。したがって、三叉神経痛と診断してよいかどうかについては疑問が残るが、発痛帯が認められたこと、安静時にも痛みはあったものの、その痛みは軽度で、強い電撃様疼痛は発作性にみられたことから、三叉神経痛と診断した。

症例4の痛みの性状は、発作性の電撃様疼痛で、発痛のトリガーが存在したことから三叉神経痛の診断は比較的容易であった。原因疾患についても図8のエクス線写真に示したように、8の根尖病巣が下顎管に近接していたことから、原因歯の発見は比較的容易であった。この場合、病変が求心性神経束（この場合は下歯槽神経）に及び、その結果逆行性インパルスが発痛帯の部位（この場合は下唇）を過剰興奮の状態にし、この部位の順行性インパルスを誘発する可能性が考えられる。このように、症候性三叉神経痛の発痛機序として、病変と神経軸索との関連、特に逆行性インパルスの存在が、一要因と考えられる。近年、栗和田¹²⁾と我々^{13,14)}は、三叉神経の逆行性刺激によって支配領域の血管拡張反応が生じることを報告し、感覚神経は痛みを中枢に伝える第一義的な機能の他に、末梢にも影響を及ぼすことを報告した。また、この症例では、治療による痛みの推移をvisual analogue scale (VAS)を用いて評価した。VASは、痛みの定量的測定方法として最近多方面で用いられており、再現性が良好であることが報告されている³⁾。特殊な装置を用いない簡便な痛みの測定法として、三叉神経痛の痛みの評価にも有効と思われる。

結 語

三叉神経痛は顎・顔面痛を主訴とする疾患のなかで、医科、歯科を問わず最も多い疾患であり、痛みが激烈であることから患者の不安が大きく、原因を明らかにすることは临床上重要な課題と考えられる。この原因が歯科疾患に起因することはこれまで多くの報告があり、歯科領域における精査は重要である。今回、我々は三叉神経痛と診断された患者について口腔内を精査し、原因と思われる歯科疾患に対し治療を行ったところ、患者の訴えていた痛みを消退させ得た4症例を経験したので報告した。三叉神経痛の診断にあたっては、神経支配領域の口腔の診査を十分に行う必要がある。

内容要旨：三叉神経痛は、支配領域に局限する発作性電撃様の痛みを主症状とする疾患である。今回我々は、三叉神経痛様疼痛を訴えて来院した患者について口腔内を精査し、原因と思われる歯科疾患に対し治療を行ったところ、患者の訴えていた痛みを消退させ得た4症例を経験した。原因疾患は、抜歯窩治癒不全、辺縁性歯周炎、鼻口蓋管嚢胞、根尖性歯周炎で、痛みの原因の診断には浸潤麻酔による麻酔試験が有効であった。このなかで2症例は、他科で痛みに対する対症療法として、テグレトールの内服および神経ブロックがなされていた。三叉神経痛の原因が歯科領域に存在することはよく知られており、歯科における精査および原因の追究は臨床上極めて重要である。

文 献

- 1) 上野 正：歯痛。総合臨床 **15**：643-654, 1967.
- 2) 北村中也：痛みを訴える初診患者の頻度。歯界展望 **51**：996-1002, 1978.
- 3) 栗和田しづ子, 笹野高嗣, 三條大助：歯痛の定量に関する研究。日歯保誌 **34**：1775-1762, 1991.
- 4) 龍 浩志, 植村研一, 横山徹夫, 水野明夫, 橋本賢二。日本歯科評論 **572**：169-179, 1990.
- 5) Munford, J.M.：Role of the dentist in trigeminal neuralgia. Pain **5**：83-92, 1978.
- 6) 植松 宏：顎顔面痛の診断と治療—症候性三叉神経痛—。歯科ジャーナル **18**：827-835, 1983.
- 7) 上野 正, 伊藤秀夫：口腔外科学。医歯薬出版, 東京, 1987, pp. 847-848.
- 8) 関根 弘：歯科医学大事典。医歯薬出版, 東京, 1987, pp. 1065-1066.
- 9) 新藤順子, 中村広一, 菊田ひとみ, 尾口仁志, 橋本博, 瀬戸暁一：三叉神経痛に関する臨床統計的検討, 日口外誌 **30**：2170, 1984.
- 10) 佐藤 透, 古賀俊治, 内田栄三郎, 徳植 進：三叉神経痛様疼痛を主訴とし来院した4例。松本歯学 **9**：65-73, 1983.
- 11) Ratner, E.J.：Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgia. OS, OM & OP **48**：3-20, 1979.
- 12) 栗和田しづ子：歯肉の逆伝導性血管拡張に関する研究—レーザードプラー血流計による検討—。歯基礎誌 **1**：564-576, 1989.
- 13) 庄司憲明, 栗和田しづ子, 笹野高嗣, 三條大助：下歯槽神経刺激による歯髓の血管拡張（逆伝導性血管拡張）について。日歯保誌 **37**：127-133, 1994.
- 14) Sasano, T., Kuriwada, S., Shoji, N., Sanjo, D., Izumi, H., Karita, K.：Axon reflex vasodilatation in cat dental pulp elicited by noxious stimulation of the gingiva. J. Dent. Res. **73**：1797-1802, 1994.